

SONDAJE VESICAL EVACUADOR MASCULINO

CODIGO: 4.120

DESCRIPCION:

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con carácter puntual.

OBJETIVO:

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Cuantificar el volumen de orina residual.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Lubrique la sonda.
- Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante, retrotraer el prepucio y ejercer una suave tracción para enderezar la uretra.
- Coger la sonda con la otra mano, no contaminada, e introducirla por el meato urinario.
- Cuando se hayan introducido unos 6-8 cm de sonda, colocar el pene en posición horizontal para favorecer el paso por la uretra prostática.
- No forzar nunca la inserción si no se puede superar la obstrucción haciéndola girar suavemente.
- Una vez que empiece a fluir la orina, introducir la sonda 2-3 cm más conéctela a la bolsa recolectora y coloque el prepucio de nuevo en su lugar.
- Una vez cumplido el objetivo del sondaje, retirar la sonda.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad del paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- En un paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo

REGISTROS:

- Una vez efectuado el procedimiento se registrará:
- Fecha y Hora de realización del sondaje.
- Calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

SONDAJE VESICAL EVACUADOR FEMENINO

CÓDIGO: 4.130

DESCRIPCION:

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con carácter puntual.

OBJETIVO:

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Cuantificar el volumen de orina residual.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar a la paciente para mantener su intimidad.
- Colocar a la paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Póngase los guantes estériles.
- Lubrique la sonda.
- Separar los labios de la vulva de la paciente con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante; esto permitirá visualizar el meato urinario. La mano que ha separado los labios se considera contaminada y no debe utilizarse para introducir la sonda.
- Introducir la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.
- Si se introduce la sonda en vagina, se desechará se desinfectará de nuevo y se usará otra sonda.
- Mantener la sonda sujeta cuando empiece a fluir la orina.
- Introducir la sonda 2-3 cm más.
- Conectar la sonda a la bolsa recolectora de orina, si no lo hizo con anterioridad.
- Una vez cumplido el objetivo del sondaje, retirar la sonda.

Puesta en orden:

- Colocar a la paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad de la paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- En una paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.

REGISTROS:

- Una vez efectuado el procedimiento se registrará:
- Fecha y Hora de realización del sondaje.
- Modelo y calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

CÓDIGO: 4.140

DESCRIPCION:

Procedimiento mediante el cual mantenemos un sondaje vesical en condiciones óptimas.

OBJETIVO:

- Realizar los cuidados necesarios para prevenir la infección causada por el sondaje y mantener la permeabilidad del circuito.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería y/o Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Esponjilla jabonosa o manopla.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Empapadera.
- Cuña.
- Batea para transportar el material.

Si se ha comprobado que hay obstrucción de la sonda, se empleará:

- Jeringa de 50 cc.
- Suero fisiológico.
- Recipiente para verter líquido extraído.

TÉCNICA DE EJECUCION:

Preparación del Personal:

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.
-

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación.

Preparación el paciente:

-
- Explicar al paciente el desarrollo, la finalidad del procedimiento y pedirle su colaboración.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.

- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Lavado de genitales con la técnica habitual y prestando especial cuidado en la limpieza de la sonda, eliminando restos acumulados.
- Lavado de la sonda (solo si se ha comprobado que hay obstrucción):
 - Después de colocarnos los guantes, introduciremos lentamente con la jeringa unos 30cc de suero fisiológico a través de la sonda y trataremos de extraerlos haciendo succión con la jeringa, también muy lentamente.
 - Si con esta maniobra, no logramos desobstruir la sonda, se repetirá hasta conseguirlo.

OBSERVACIONES:

- La bolsa colectora de orina no debe tocar el suelo.
- Una sonda permanente deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días, aunque existen sondas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa colectora de orina siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o si es posible usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la bolsa o tubo.
- La higiene de genitales y sonda se debe hacer al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado el mayor tiempo posible.
- Evite aperturas innecesarias.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.

REGISTROS:

- El enfermero/a registrará todo el proceso en la hoja de observaciones de enfermería.

LAVADO VESICAL CONTINUO

CÓDIGO: 4.150

DESCRIPCION:

Lavado de la vejiga, de forma continua, con suero fisiológico.

OBJETIVO:

- Lavar la vejiga.
- Favorecer la hemostasia posquirúrgica en intervenciones de vejiga o próstata. Aclarar la orina hematúrica.
- Evitar la formación de coágulos intravesicales,
- Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda vesical de tres vías.
- Bolsa de suero fisiológico de 3000 cc.
- Sistema normal de sueroterapia.
- Soporte o portasuero.
- Bolsa colectora de gran capacidad.

TÉCNICA DE EJECUCION:

Preparación del material:

- Comprobar que estén todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en una batea.
- Transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación: del paciente:

- Colocarlo en la posición adecuada (decúbito supino).
- Asegurar la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Colocar la bolsa de suero fisiológico en el soporte (procurar que esté siempre por encima del nivel de la vejiga 40 o 50 cm).
- Conectar el sistema de sueroterapia a la bolsa y purgarlo.
- Conectar el sistema a la tercera vía de la sonda.
- Colocar bolsa colectora de gran capacidad, conectada a la sonda.

- Abrir el sistema al ritmo indicado.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Comprobar identidad del paciente.
- Evitar acodamientos del sistema de infusión.
- Ante la interrupción del ritmo de goteo, valorar si se trata de una obstrucción de la sonda vesical o es un espasmo vesical y actuar en consecuencia.
- Si hay que realizar un lavado vesical manual para desobstruir la sonda, se debe proceder en primer lugar a cerrar el sistema de infusión.
- Es imprescindible realizar un balance, controlando el volumen de suero que entra en vejiga y la cantidad que se recoge en la bolsa colectora.

REGISTROS:

- Registrar fecha y hora de inicio del lavado.
- Anotar cualquier tipo de incidencia que se produzca durante la infusión.
- Registrar en gráfica, elaborada para tal fin, el volumen de suero fisiológico que entra en vejiga y el volumen que recoge la bolsa colectora, para realizar un balance en cada turno de trabajo y así poder calcular la diuresis real del paciente en las 24 horas.

LAVADO VESICAL MANUAL

CÓDIGO 4.160

DESCRIPCION:

- Lavado de la vejiga, con jeringa y con suero fisiológico, a través de una sonda o catéter.

OBJETIVO:

- Desocupar la vejiga de coágulos.
- Desobstruir el catéter o la sonda de coágulos para mantener la permeabilidad del mismo.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringa estéril de 50 cc.
- Suero fisiológico.
- Cuña.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que estén todos los materiales.
- Colocarlos en una batea.
- Transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Colocarlo en posición adecuada (decúbito supino).
- Asegurar la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Colocar la cuña sobre la cama, entre las piernas del paciente.
- Cargar la jeringa con 40 cc. de suero fisiológico.
- Desconectar la sonda de la bolsa colectora.
- Inyectar el suero por la sonda e intentar extraerlo a continuación.
- Realice esta maniobra cuantas veces sea necesario, hasta conseguir la permeabilidad del catéter o sonda.

- Realice una inyección de suero por la sonda, desconecte la jeringa y deje que este salga por sí solo. Si esta maniobra es positiva, podemos dar por desobstruida la sonda o catéter,
- Volver a conectar la sonda a la bolsa colectora.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Antes de realizar un lavado vesical manual, es necesario cerciorarse de que realmente la sonda este obstruida.
 - La sonda o catéter y la bolsa colectora no recogen orina.
 - El paciente manifiesta dolor intenso suprapúbico.
 - Presencia de globo vesical.
- Con esto evitaremos manipular la sonda y abrir el circuito cerrado que forma con la bolsa colectora de forma innecesaria.

REGISTROS:

- Registrar fecha y hora de la realización del lavado vesical.
- Aspecto de la orina del paciente.
- Si hay o no coágulos.
- Volumen de suero fisiológico empleado en la realización del lavado.

CUIDADOS NEFROSTOMIA PERCUTANEA (NPC)

CODIGO: 4.170

DESCRIPCION:

La Nefrostomía Percutanea se define como la derivación a piel mediante un catéter de la orina que produce un riñón.

OBJETIVO:

- Esta técnica esta indicada en uropatías obstructivas altas y severas, es decir gran obstrucción a nivel de pelvis renal o a nivel de uréter.
- También se utiliza para el tutelaje o reposo de estos segmentos urinarios tras cirugía. Permite un óptimo drenaje urinario y una larga duración si fuera necesaria.

RECURSOS HUMANOS:

Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

Solución antiséptica. Agua oxigenada. Suero fisiológico. Pinzas sin dientes. Tijeras. Gasas y compresas. Esparadrapo de tela hipoalergénico. Guantes.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN

Preparación del paciente:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.

Ejecución:

SE TRATA DE UNA CURA PLANA Y OCLUSIVA.

- Observamos la integridad del disco de silicona que rodea al catéter, verificando que los puntos de sutura que lo fijan a la piel no se han soltado, ni están macerados, ni hay indicios de infección local.
- Limpiaremos debajo del disco con solución antiséptica, secando luego minuciosamente.
- Pincelaremos los puntos de sutura con solución antiséptica.
- Cuando el catéter de NPC se mantiene durante un largo periodo de tiempo aparece entre el disco de silicona y la piel, un fuerte olor amoniacal (orina contaminada) que llega a la piel por peritubo (alrededor del catéter).
- Este olor se neutraliza y controla limpiando la piel en contacto con el disco con agua oxigenada diluida, dejándola actuar durante unos minutos, para posteriormente retirar la solución con suero fisiológico y un secado efectivo.
- De toda la técnica aquí descrita el paso más importante es de almohadillado y fijación del catéter a la piel mediante gasas, compresas y cintas adhesivas, evitándose el acodamiento.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

En las primeras horas tras la técnica debemos valorar:

- Que el paciente esté en reposo y afebril.
- Que no exista, en el drenado, hematuria intensa o persistente, aunque es frecuente una leve hematuria que cede espontáneamente a las pocas horas de la instalación de la NPC.
- Extremaremos la vigilancia en pacientes anticoagulados o con problemas de coagulación no corregidos.
- Que el apósito que cubre y fija el catéter esté íntegro, sin exudados y sin que exista acodamiento ni en el catéter ni en la bolsa colectora.
- Valoraremos si el paciente es autosuficiente para evitar movimientos bruscos que extravasen el catéter y mantener la posición correcta del sistema para un drenaje óptimo.
- Que el catéter no esté obstruido por coágulos, detritus, grumos de pus o fragmentos litiasicos, consiguiendo la desobstrucción en su caso, mediante lavado del catéter.
- Son signos de obstrucción la disminución de orina recogida en la bolsa y el dolor lumbar que refiere el paciente.
- Que no refiera el paciente alergias al desinfectante que estemos usando y/o intolerancia a cintas adhesivas.
- Debemos familiarizarnos con el sistema del catéter, para saber cuando está "abierto" a bolsa o está cerrado mediante una llave de paso.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

SONDAJE RECTAL

CODIGO: 4.180

DESCRIPCION:

Es el procedimiento mediante el cual introducimos una sonda rectal a través del ano hacia el recto.

OBJETIVO:

- Eliminación de gases.
- Aplicación de enemas.
- Evacuación de heces líquidas.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.
- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda rectal de calibre variable, según necesidad.
- Gasas.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes.
- Empapadera.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Bandeja.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elija la sonda rectal con el calibre adecuado.
- Elija los guantes adecuados.
- Coloque todo el material en la bandeja y transpórtelo a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Colocar al paciente en decúbito lateral con las rodillas flexionadas.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cadera y las rodillas.
- No destapar al paciente innecesariamente.

Ejecución:

- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Introduzca un dedo, previamente lubricado, en el recto para comprobar la existencia de cualquier dificultad que no nos permita realizar el procedimiento.
- Introduzca muy lentamente la sonda, previamente lubricada, en el recto.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Retirar la sonda.
- Lavar la zona perianal, si el paciente no fuera autosuficiente para ello.
- Ofrecer lo necesario para el aseo de las manos.
- Se cambiarán las sábanas de la cama en caso necesario

Puesta en orden:

- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evitar el traumatismo del ano y mucosa rectal.
- Detener el proceso si hay dolor.
- Conservar la intimidad del paciente.
- No dejar la sonda colocada más de 20 minutos.
- Si el procedimiento lo ha realizado un auxiliar de enfermería, comunique al enfermero/a los resultados, indicándole la hora, aspecto de la evacuación y así como las reacciones del paciente.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

EXTRACCIÓN DE FECALOMAS

CÓDIGO: 4.190

DESCRIPCION:

Es el conjunto de acciones realizadas para evacuar los fecalomas y facilitar la defecación.

OBJETIVO:

- Se pretenden deshacer las impactaciones fecales, a nivel de la ampolla rectal, con el fin de facilitar la defecación del paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a
- Aux. de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Bata.
- Bandeja.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Cuña.
- Papel higiénico o celulosa.
- Empapadera.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

- Coloque la Empapadera debajo del paciente entre la cintura y las rodillas.
- Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas.
- No destape innecesariamente al paciente.
- Mantenga, dentro de lo posible, la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Introduzca el dedo índice en el recto unos 5-10 cm, previamente lubricado, suavemente.

- Una vez terminada la extracción de los fecalomas deséchelos en la bolsa de plástico.
- Limpie y seque al paciente.

Puesta en orden:

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evite traumatismos del ano y de la mucosa rectal
- Detenga el procedimiento si hay dolor.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

DRENAJE PLEURAL

CÓDIGO: 4.200

DESCRIPCION:

Vaciado de líquido o aire de la cavidad torácica mediante la introducción de un tubo en la misma.

OBJETIVO:

- Vaciado de líquido o aire de la cavidad pleural, para restaurar la función pulmonar.

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Enfermera y/o Aux.Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Catéteres torácicos de diversos calibres.
- Bisturí.
- Guantes estériles.
- Antiséptico.
- Porta-agujas.
- Frasco o sistema de drenaje (@ Pleurevac).
- Tubos de látex.
- Agua bidestilada, si precisa.
- Campos estériles.
- Aguja I.M.
- Jeringas.
- Pinzas sin dientes.
- Mosquito.
- Seda.
- Apósito o esparadrapo.
- Gasas estériles.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Asegúrese de que el paciente ha sido informado sobre la realización del procedimiento y colóquelo en la posición indicada por el médico.
- Conecte el catéter al paciente, así como los tubos de látex y el frasco o pleurevac, a la cama, evitando acodamientos.
- Proteja la zona de inserción con un apósito estéril impregnado en antiséptico.
- Si lleva aspiración, conecte el frasco o pleurevac a un sistema de vacío, vigilando el grado de aspiración.

- Mida el contenido cada 24h. anotando en el frasco el día y la hora.
- Cambie el apósito cada 48h. y siempre que sea preciso, evitando que haya humedad en el mismo.
- Coloque al paciente en posición cómoda tras realizarle la prueba.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Observe la aparición de: sudoración, disnea, cianosis y taquicardia.
- Controle la velocidad de salida del líquido y las características del mismo.
- Vigile la fijación del catéter para evitar movilizaciones.
- Controle frecuentemente los signos vitales, durante una hora después de colocado el catéter.
- Controle cualquier alteración de las características del mismo.
- Anote en el frasco: nivel, día y hora.
- Evite acodamientos del tubo.
- Controle los niveles de agua bidestilada en las cámaras del drenaje pleural, en caso de que el paciente sea portador del mismo.

REGISTROS:

- Anote la realización de la técnica.
- Registre los controles
- Anote cualquier incidencia producida

SONDAJE NASOGASTRICO

CODIGO: 4.210

DESCRIPCION:

Es el procedimiento mediante el cual introducimos una sonda a través del orificio nasal, hasta el estómago.

OBJETIVO:

- Eliminación de secreciones gástricas.
- Eliminación de gas acumulado.
- Administración de medicación.
- Nutrición del paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda nasogástrica adecuada:
 - *Tipo Levin (alimentación).*
 - *Tipo Salen (eliminación de secreciones, etc...)*
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes desechables.
- Jeringa de alimentación.
- Esparadrapo antialérgico o sistema de fijación prefabricado.
- Gasas.
- Bolsa colectora.
- Tapón sonda.
- Fonendoscopio.

TECNICA DE EJECUCION:

Preparación del material:

- El material específico dependerá de la necesidad del sondaje.
- Debemos asegurar que la totalidad del material se lleve en el carro o bandeja auxiliar.

Preparación del personal:

- Sitúese a la derecha del paciente si se es diestro.

Preparación del paciente:

- Identifique al paciente.
- Explíquelo como puede colaborar.
- Coloque al paciente en decúbito supino, recostado en la cama y ésta en un ángulo de 45°.

Ejecución:

- Mida la distancia de la porción de la sonda que será introducida, extendiéndola desde la punta de la nariz del paciente hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia la parte baja del esternón.
- Marque la sonda.
- Introduzca la sonda por uno de los orificios nasales.
- Progrese lentamente la sonda.
- Verifique que la sonda se encuentra en cavidad faríngea y no enrollada en la boca.
- A partir de este momento, pida al paciente su colaboración deglutiendo saliva o bien un sorbo de agua, así irá conduciendo el trayecto de la sonda.
- Deje de introducir la sonda al llegar a la señal establecida.
- Inyectar 20 cc de aire por la sonda, al mismo tiempo que se ausculta el epigastrio, si la sonda está correctamente colocada, oiremos un ruido característico.
- Fije la sonda con esparadrapo antialérgico a la nariz de forma longitudinal para evitar escoriaciones o use algún sistema prefabricado para tal fin.
- Coloque bolsa, aspiración o tapón en la zona proximal, según el objetivo del procedimiento.

OBSERVACIONES:

- Utilice la sonda adecuada para cada caso.
- No es necesario emplear una técnica estéril.
- Asegúrese de que el paciente no posee prótesis dentarias.
- En caso de que la sonda pasara a tráquea, el paciente tose y aparecen signos de hipoxia. Retire la sonda rápidamente.

Mantenimiento:

- Limpieza diaria de la fosa nasal ocupada por la sonda con suero fisiológico.
- Cambie la fijación de la sonda tantas veces como sea necesario.
- Retire cada día unos cinco o seis centímetros la sonda y volver a introducirla para evitar posibles erosiones en la mucosa gástrica.
- Vigile la permeabilidad y limpieza de la sonda.
- Cambie la sonda cada ocho días como máximo (si la sonda es de silicona, se puede prolongar más días).
- Para evitar la entrada de aire al estómago, lo cual podría causar distensión, mantener tapado el extremo proximal de la sonda todo el tiempo, excepto al revisar la posición de la sonda, cuando alimente a través de ésta, o se efectúe irrigación.

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se registrará:

- Hora de colocación de la sonda.
- Modelo y calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad del contenido evacuado.

ASPIRACION GÁSTRICA CONTINUA

CÓDIGO: 4.220

DESCRIPCION:

Colocación de una S.N.G. en un paciente con necesidad de evacuación continua de la cavidad gástrica.

OBJETIVO

- Mantener a través de evacuación permanente, la cavidad gástrica libre de secreciones y/o gases acumulados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- S.N.G. tipo Salen del calibre adecuado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes desechables.
- Sistema de aspiración con receptáculo desechable.
- Manómetro de control de aspiración.
- Sistema de aspiración con conexión simple.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Para la colocación de la sonda ver procedimiento de colocación de S.N.G. Código: 4.210.
- Conectar sistema de aspiración a S.N.G. con conexión bi-luz del nº adecuado.
- Situar posición del manómetro a la aspiración indicada.
- Controlar que la evacuación gástrica sea efectiva.

OBSERVACIONES:

- En caso de no conseguir aspiración efectiva del contenido gástrico, buscar posibles anomalías:
 - Comprobar correcta colocación de S.N.G. en cavidad gástrica.
 - Aspiración correcta.
 - Movilizar sondaje.

REGISTROS:

- Registrar cantidad y aspecto de contenido gástrico

CONTROL DE DEPOSICIONES Y TIPOS

CÓDIGO: 4.230

DESCRIPCION:

Controlar el número de deposiciones diarias y sus características, así como, su periodicidad.

OBJETIVO:

- Detectar alteraciones en la eliminación de heces.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Pañal desechable.
- Hoja de registro.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

- Informe al paciente sobre este control.

Ejecución:

- Recoja las heces y observe las características, color, consistencia y frecuencia.

Puesta en orden:

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y el paciente estén informados.

REGISTROS:

- Registre la cantidad y las características en la hoja de gráfica de constantes y en la hoja de observaciones de enfermería respectivamente.

RETIRADA DEL TUBO PLEURAL

CÓDIGO: 4.240

DESCRIPCION:

Retirada del tubo pleural tras haber completado su objetivo

OBJETIVO:

- Retirada del dispositivo por haberse resuelto el problema que provoco su inserción.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Médico.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Vaselina estéril.
- Hoja quita-puntos.
- Gasas estériles.
- Apósito estéril.
- Pinzas de clampar

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Preparación del material necesario
- Colocación adecuada del paciente
- Indicar al paciente que debe inspirar profundamente durante la retirada del tubo.
- Colaborar con el médico en la retirada del tubo
- Colocar apósito compresivo.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución
- Observar al paciente con posterioridad al procedimiento por la posibilidad de aparición de neumotorax.

REGISTROS:

- Anotar la realización del procedimiento y si ha ocurrido alguna incidencia durante el mismo.
- Anotar cualquier observación relativa al estado del paciente tras la retirada del tubo.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 5000

HIGIENE

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

CÓDIGO: 5.010

DESCRIPCION:

Aseo del paciente que no puede levantarse de la cama.

OBJETIVO:

- Higiene.
- Protección de la piel.
- Activación de la circulación.
- Confort.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Palanganas con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$):
- Esponjilla jabonosa.
- Crema hidratante.
- Colonia.
- Una toalla de baño y otra para la cara.
- Ropa de cama.
- Pijama o camisón.
- Peine.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informe al paciente, si está consciente, y colóquelo en la postura adecuada, dependiendo de la patología.
- Seguidamente, desnúdelo y cúbralo parcialmente con una sábana.
- Comience lavando con agua la cara, a continuación con agua y jabón líquido el cuello, orejas, brazos y axilas, por este orden.
- Acerque la palangana al borde de la cama y permita que el paciente se lave las manos.
- En las mujeres, incida de manera especial en la zona submamaria.
- Hay que atender de manera especial a los espacios inguinales, interdigitales y zona digital.
- Vuelva al paciente de lado y lave la parte posterior del cuello, hombros, espalda, muslos y nalgas.
- Enjuague y seque perfectamente la piel.
- Frote la espalda con loción o crema hidratante.
- Ponga colonia y peine al paciente.
- Vista al paciente con el pijama o camisón.

OBSERVACIONES:

- Fatigar lo menos posible al paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Cierre puertas y ventanas.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre sólo si se han producido incidencias o si ha observado anomalías en la piel o mucosas.

LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE ENCAMADO

CÓDIGO: 5.020

DESCRIPCION:

Aseo del cabello del paciente encamado que no puede hacerlo por sí mismo.

OBJETIVO:

- Higiene de la cabeza.
- Prevención de parásitos.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería bajo la supervisión de un/a enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Dispositivo lavador.
- Jarras con agua caliente ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
- Champú PH neutro o de tratamiento.
- Palangana
- Empapadera
- Toallas
- Peine
- Secador pelo
- Bolitas de algodón

TECNICA DE EJECUCION:

- Póngase una bata.
- Pida al paciente, si es posible, su colaboración.
- Retire el cabezal de la cama.
- Extienda un empapador debajo de los hombros del paciente.
- Coloque el dispositivo lavador bajo la cabecera.
- Coloque la palangana sobre una silla en el lateral haciendo que coincida que el dispositivo lavador vierta dentro de la palangana.
- Desnude al paciente de cintura para arriba y cúbralo con una toalla.
- Póngale las torundas de algodón en los oídos.
- Vierta poco a poco agua en la cabeza.
- Ponga el champú y friccione bien el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Enjuague y escurra el pelo y vuelva a repetir la operación de lavado.
- Seque el pelo con la toalla.
- Peine el cabello.

- Séquelo con el secador de pelo si es posible.

OBSERVACIONES:

- Evite que se moje la cama.
- No fatigar al paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Cierre puertas y ventanas.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias y si ha observado alguna alteración en el cuero cabelludo.

HIGIENE Y CUIDADO PERINEAL MASCULINO

CODIGO: 5.040

DESCRIPCION:

Higiene de los genitales masculinos.

OBJETIVO:

- Higiene de los genitales.
- Evitar infecciones urinarias.
- Evitar ulceraciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Palangana con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$).
- Esponjilla
- Jabón antiséptico.
- Guantes.
- Toalla.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente en decúbito supino.
- Coloque la cuña.
- Lave los genitales externos, pene y testículos.
- Baje el prepucio y lave el glande.
- Seque suavemente y suba de nuevo el prepucio, para evitar edema de glande.

OBSERVACIONES:

- Evitar el edema de glande.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Evitar la humedad en la zona genital.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado cualquier alteración de piel o mucosas.

HIGIENE Y CUIDADO PERINEAL FEMENINO

CÓDIGO: 5.050

DESCRIPCION:

Higiene de los genitales femeninos.

OBJETIVO:

- Higiene de los genitales.
- Evitar infecciones urinarias.
- Evitar ulceraciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Una cuña.
- Palangana con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$).
- Esponjilla.
- Jabón antiséptico.
- Guantes.
- Una toalla.
- Compresas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Coloque al paciente en decúbito supino.
- Coloque la cuña.
- Lave siempre de arriba hacia abajo.
- Seque suavemente.
- Coloque una compresa, si precisa.

OBSERVACIONES:

- Evitar humedad en la zona genital.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre la incidencias si ha observado alguna anomalía en piel y mucosas.

HIGIENE Y CUIDADO DE LAS UÑAS

CODIGO: 5.060

DESCRIPCIÓN:

Aseo higiene de las uñas del paciente

OBJETIVO:

- Higiene.
- Evitar infecciones.
- Auto imagen.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Palangana
- Toalla
- Cepillo de uñas
- Crema suavizante
- Jabón
- Acetona
- Cortauñas (alicates)
- Algodón

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Proteja la cama con una toalla.
- Quitar el esmalte de uñas, si lo hay, aplicando acetona.
- Coloque las manos o pies del paciente en el agua con jabón.
- Limpie bien las uñas con el cepillo y séquelas con la toalla.
- Corte las uñas y póngale crema suavizante.

OBSERVACIONES:

- Cortar las uñas en línea recta (pies) y ovalada (manos).
- Evitar cortarlas demasiado.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado alguna anomalía en la piel.

HIGIENE Y CUIDADO BUCAL

CODIGO: 5.070

DESCRIPCION:

Higiene de la cavidad bucal.

OBJETIVO:

- Evitar y prevenir infecciones.
- Mantener la boca limpia.
- Evitar la sequedad y grietas de los labios y la lengua.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Toalla.
- Guantes.
- Batea.
- Gasas estériles.
- Pinza de Kocher o similar.
- Antiséptico bucal.
- Vaselina.
- Vaso u.s.u., para prótesis dentales.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Humedezca las gasas con solución antiséptica bucal.
- Limpie con ellas el interior de la boca: paladar, cara interna de los carrillos, encías, lengua y dientes; cambiando las gasas con frecuencia.
- Seque la cara del paciente con una toalla.
- Póngale vaselina en los labios.

OBSERVACIONES:

- Evite dañar las mucosas y tejido gingival.
- No provoque náuseas.
- Deje al paciente en posición correcta.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado alguna anomalía en las mucosas.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 6000

RESPIRACION

OXIGENOTERAPIA

CODIGO: 6.010

DESCRIPCION:

Es la administración de oxígeno a pacientes mediante el equipo adecuado para aumentar la capacidad respiratoria y prevenir lesiones por hipoxia.

OBJETIVO:

- Reinstaurar el nivel óptimo de oxígeno en sangre.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Toma de oxígeno de pared o de bombona con caudalímetro.
- Mascarilla, sonda nasal o gafa de oxígeno.
- Agua bidestilada.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Coloque al paciente en posición cómoda.
- Compruebe que el oxígeno fluya antes de ajustar la mascarilla al paciente. Gradúe la concentración de oxígeno prescrita.
- Ajuste la mascarilla o gafa al paciente.
- Mantenga permeables las vías aéreas.
- Recoja y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción médica.
- Para administrar oxígeno a un paciente por medio de sonda nasal, se tendrán en cuenta los puntos siguientes:
 - Medir la distancia que hay desde el orificio nasal hasta el oído.
 - Lubricar la sonda.
 - Introducir la sonda lentamente, hasta llegar al punto correcto, debiendo quedar la punta de la misma, 1 cm. aproximadamente por encima de la úvula.

REGISTROS:

- Registre la actividad realizada.

ASPIRACION DE SECRECIONES

CÓDIGO: 6.020

DESCRIPCION:

Introducción de una sonda de aspiración estéril a través de la cavidad bucal, nasofaríngea o endotraqueal, para extraer las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio.

OBJETIVO:

- Mantener permeable la vía aérea mediante la extracción de secreciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Aspirador o Sistema de vacío central.
- Sondas de aspiración.
- Guantes estériles.
- Tubo de Güedel, si precisa.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informe al paciente y ayúdele a colocarse en posición correcta, en ángulo de 45° o en posición sentado.
- Indíquele que respire profundamente y suba el flujo de oxígeno unos minutos.
- Prepare el material.
- Coloque el tubo de güedel al paciente, si fuera necesario.
- Conecte la sonda de aspiración a la conexión del aspirador.
- Introduzca la sonda suavemente pero con rapidez y tan profundamente como sea posible.
- El periodo de aspiración no superará los 10".

OBSERVACIONES:

- Emplee siempre técnica aséptica.
- Asegúrese del buen funcionamiento de aspirador, antes de empezar el procedimiento.
- No introduzca la sonda aspirando.
- No repita el procedimiento más de tres veces seguidas.
- Asegúrese de conectar el oxígeno al flujo prescrito, una vez finalizado el procedimiento.

REGISTROS:

- Registrar la actividad y la hora.
- Anotar aspecto de las secreciones.

ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL Y TRAQUEOSTOMIA

CODIGO: 6.030

DESCRIPCION:

Aspiración de secreciones a través de tubo endotraqueal o traqueotomía con el fin de mantener las vías aéreas permeables.

OBJETIVO:

- Mantener permeable la vía aérea en pacientes intubados o traqueostomizados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Aspirador o sistema de vacío central.
- Sondas de aspiración.
- Guantes desechables.
- Compresas y gasas.
- Recipiente con antiséptico a muy baja concentración.
- Guía u obturador.
- Cinta de sujeción.
- Tijeras.

TECNICA DE EJECUCION:

- Prepare el material.
- Explique la técnica al paciente y solicite su colaboración.
- Coloque al paciente en posición incorporada a 45°.
- Regule el manómetro de presión para que la aspiración sea suave.
- Compruebe con el antiséptico que la aspiración es suave.
- Mediante técnica estéril conecte la sonda de aspiración.
- Introduzca la sonda suavemente lo más profundamente posible sin aspirar.
- Tapone con el dedo pulgar, de forma intermitente, el extremo libre de la conexión para producir el vacío.
- Retire la sonda suavemente con movimiento de rotación.
- Utilice una sonda estéril para cada aspiración.
- Cierre la aspiración y desconecte la sonda.
- Coloque al paciente en posición cómoda.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Cada aspiración no debe exceder de 10 segundos.
- Es aconsejable que el paciente interrumpa la respiración durante al aspiración, si es posible.
- Observe al paciente después de cada aspiración y repita el procedimiento si fuese necesario.
- Si encuentra dificultad al introducir la cánula, recurra a la guía u obturador y lubrique muy ligeramente el borde inferior de la cánula.

REGISTROS:

- Registre la frecuencia de aspiraciones, el aspecto y la consistencia de las mismas, olor, cantidad y cualquier incidencia que estime oportuno registrar.

CANULA DE TRAQUEOSTOMIA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

CODIGO: 6.040

DESCRIPCION:

Limpieza y/o cambio de cánula de traqueostomía bajo las técnicas establecidas.

OBJETIVO:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente y favorecer el intercambio gaseoso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes estériles.
- Cánulas de traqueostomía nº correspondiente.
- Apósito especial.
- Sistemas de vacío.
- Sondas de aspiración nº 10 y 12.
- Caudalímetro conectado a toma de oxígeno.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente en decúbito supino, aspire las posibles secreciones que hubiere.
- Retire la camisa de la cánula y límpiela, y cámbiela por otra del mismo número.
- Coloque apósito especial.
- Fije la cinta de la cánula, sin que cause molestias al paciente.
- Compruebe la ventilación pulmonar.
- Coloque al paciente en posición correcta y cómoda.
- Recoja y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Compruebe el correcto funcionamiento del balón de la cánula.
- Retire solamente la camisa del tubo.
- Este procedimiento debe realizarse una vez al día.

REGISTROS:

- Registre el cambio de cánula.

AEROSOLTERAPIA

CODIGO: 6.090

DESCRIPCION:

Procurar la fluidificación de las secreciones.
Administrar medicación.

OBJETIVO:

- Mantener libre de secreciones el aparato respiratorio.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables
- Mascarilla de aerosoles.
- Toma de O₂ central.
- Jeringas.
- Frasco de suero fisiológico.
- Medicación prescrita.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Solicite la colaboración del paciente.
- Coloque al paciente en posición correcta: Incorporado en la cama 45° o en posición sentado.
- Introducir en el aerosol el suero fisiológico templado y la medicación prescrita, si la hubiere.
- Conectar el aerosol a la toma de oxígeno.
- Regule el manómetro a la presión correcta.

OBSERVACIONES:

- La aplicación del aerosol, no debe sobrepasar los 10 mín. de duración.
- Asegúrese de que la medicación a administrar se corresponde con la prescripción facultativa.

REGISTROS:

- Registre la medicación administrada.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 7000

SEGURIDAD Y CONFORT

HACER CAMA DESOCUPADA

CÓDIGO: 7.010

DESCRIPCION:

Colocación de ropa en cama que no está ocupada por ningún enfermo.

OBJETIVO:

- Procurar comodidad y bienestar al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- 2 sábanas.
- Funda de colchón.
- Funda de almohada.
- Colcha.
- Mantas, si fuera necesario.
- 1 entremetida.

TECNICA DE EJECUCION:

- Colocar la cama en posición horizontal.
- Colocar funda de colchón bien estirada.
- Colocar sábana bajera bien estirada, con las esquinas en forma de mitra:
 - Levante un borde de la sábana de manera que caiga recta y hacia abajo.
 - Deje una esquina doblada en la parte de arriba del colchón y remeta la porción colgante debajo del colchón.
 - Remeta la parte doblada debajo del colchón.
- Colocar entremetida a unos 25 cm. de la cabecera, bien estirada.
- Colocar sábana encimera. El borde superior debe sobresalir de la cabecera del colchón. Se remete el extremo inferior de la sábana y se sujetan las esquinas en forma de mitra.
- Colocar manta o colcha sobre la cama a unos dos palmos del borde superior del colchón. Se remete el borde inferior y se dobla el borde superior de la sábana por encima de la colcha.
- Colocar funda de almohada.

OBSERVACIONES:

- Evitar arrugas para prevenir úlceras por decúbito y molestias.

REGISTROS:

- Registrar la disponibilidad de la cama.
- Notificar al Supervisor/a o enfermero/a la disponibilidad de la cama.

HACER CAMA QUIRURGICA

CÓDIGO 7.020

DESCRIPCION:

Preparación de cama destinada a paciente post-operatorio.

OBJETIVO:

- Proporcionar comodidad y evitar movimientos innecesarios al paciente que regresa de quirófano.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Carro de ropa sucia.
- Funda de colchón.
- 2 sábanas.
- 1 entremetida.
- 1 funda de almohada.
- 1 manta s/p.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Ver procedimiento "Hacer cama desocupada".
- Colocar 1 sábana a modo de entremetida por si fuera necesario movilizar al paciente.
- Una vez colocada la sábana encimera, doblar longitudinalmente de manera que quede toda la ropa a un lado de la cama y quede el otro lado libre para pasar al paciente desde la camilla.
- Colocar la almohada en la cabecera.
- Retirar carro de ropa sucia.
- Dejar libre el paso hacia la cama para facilitar el paso de la camilla.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar que la cama está preparada.

HACER CAMA OCUPADA

CÓDIGO: 7.030

DESCRIPCION:

Cambio de sábanas en cama ocupada por paciente.

OBJETIVO:

- Higiene del paciente.
- Proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería
- Celador si el paciente tiene alteración de movilidad.

RECURSOS MATERIALES:

- 2 sábanas.
- Funda de colchón s/p.
- Colcha s/p.
- Manta s/p.
- 1 entremetida.
- Carro de ropa.
- Bolsa de plástico blanca para ropa sucia
- Guantes.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Si el paciente se encuentra levantado:

- Retirar ropa usada y colocar en la bolsa de ropa sucia.
- Hágase la cama según procedimiento: "Hacer cama desocupada."

Si el paciente está encamado:

- Informe al paciente del procedimiento
- Preserve la intimidad del paciente (cortinas, puerta...)
- Cierre la puerta y la ventana.
- Coloque la cama en posición horizontal si la patología del paciente no lo impide.
- Retire colcha y manta.
- Afloje la sábana encimera.
- Coloque al paciente en decúbito lateral.
- Doble la sábana bajera hacia la espalda del paciente.

- Coloque la sábana bajera limpia, poniendo la mitad de la sábana hacia el paciente y la otra mitad remetida debajo de la espalda.
- Colocar entremetida centrada en la cama doblando la mitad debajo de la espalda del paciente.
- Indique al paciente que gire hacia el otro lado, retire sábana y entremetida sucia y échela a la bolsa de ropa sucia.
- Estire la sábana y la entremetida limpias y remeta la sábana.

Cambio de sábana superior:

- Retire la sábana sucia hasta la cintura.
- Tome la sábana limpia y colóquela doblada sobre el pecho del paciente.
- Retirar la sábana sucia de cintura para abajo a la vez que se cubre con la sábana limpia.
- Remeter la sábana por la parte inferior, dejando holgura para evitar roces.
- Colocar manta y/o colcha.
- Remeter la ropa por la parte inferior de la cama.
- Doblar la sábana superior por encima de la colcha y/o manta.
- Cambiar la funda de almohada.
- Retire la bolsa de ropa sucia.

OBSERVACIONES:

- No tire la ropa al suelo.
- Evitar dobleces y/o arrugas para prevenir úlceras por decúbito y roces.

REGISTRO:

- Registrar cualquier anomalía de la piel observada durante la realización del procedimiento.

VALORACION Y CONTROL DE LA SEGURIDAD AMBIENTAL

CÓDIGO: 7.040

DESCRIPCION:

Medidas adoptadas para conseguir un medio ambiente seguro para el paciente, que es aquél en el que la posibilidad de lesión o contagio de enfermedad se reduce tanto como sea posible.

OBJETIVO:

- Valorar factores de riesgo de lesión.
- Adoptar medidas esenciales para prevenir accidentes.
- Objetivo general: Evitar que el paciente se lesione.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

1. VALORACION de los factores que pueden aumentar el riesgo de lesión:

- Edad, etapa del desarrollo.
- Alteraciones de la percepción sensorial.
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones de la movilidad.
- Alteraciones del estado emocional.
- Desconocimiento sobre seguridad: ambiente hospitalario desconocido.
- Realización de procedimientos diagnósticos que puedan presentar riesgos de reacciones perjudiciales o de infección.
- Iluminación inadecuada.
- Medio ambiente desordenado.

2. CONTROL. Medidas adoptadas para conseguir un medio ambiente seguro:

- **TEMPERATURA** : Procurar que las temperaturas ambientales no sean extremas, ya que pueden hacer que el paciente no esté alerta.
- **ILUMINACION** : Procurar que la iluminación sea suficiente. Revisar que funcionan las luciérnagas para evitar caídas por la noche.
- **HUMEDAD** : Vigilar signos de sequedad de mucosas provocados por aire acondicionado, ya que aumentan el riesgo de infección.
- **ORDEN** : Asegurarse que en el suelo no hay objetos que puedan provocar caídas.
 - Vigilar que el mobiliario esté en todo momento en su sitio.
 - Vigilar que no haya mobiliario u objetos en las zonas de paso para el cuarto de baño.
 - Vigilar que los timbres estén al alcance del paciente.
 - Procurar que cualquier cosa que se derrame en el suelo sea recogida inmediatamente.
 - Procurar, en caso de paciente encamado, que tenga a mano cualquier cosa que necesite de la mesilla de noche.

- Asegurarse y procurar que existen pasamanos en las bañeras y que están en buen estado.
- Asegurarse que no hay por el suelo cables de aparatos.

3. CONTROL DE RUIDOS:

- Vigilar que no haya ruidos molestos que pueden aumentar la irritabilidad del paciente e impedir su descanso.

4. PREVENCIÓN DE INCENDIOS:

- Indicar al paciente que no fume en la habitación o en la cama.
- Vigilar que cualquier aparato eléctrico o electrónico enchufado, esté en perfectas condiciones.

5. PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA EN CASO DE USAR DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD:

BARANDILLAS LATERALES:

- Evitan que el paciente rueda en la cama pero no que trepe por ellas.
- Usar en pacientes inconscientes, confundidos o sedados y en mayores de 70 años sobre todo de noche.
- Si se baja la barandilla para realizar cualquier cuidado del paciente, tener la precaución de subirlas al retirarse de la cama.

ATADURAS O INMOVILIZACIONES DE MIEMBROS O TRONCO:

- Usar para evitar caídas de cama, camilla o sillas.
- Usar para prevenir interrupción del tratamiento.
- Usar para proteger al paciente de lesión autoinducida.
- Usar para prevenir que el paciente lesione a otros.

OBSERVACIONES:

- Ya que las inmovilizaciones restringen la capacidad individual y pueden tener implicaciones legales, no olvidar registrar.

REGISTROS:

- Conducta seguida por el enfermo.
- Motivo que nos llevó a adoptar la decisión de inmovilización.
- Tiempo que la tiene puesta.
- Revisión que realizamos de las ataduras.

PREVENCIÓN DE CAIDAS ACCIDENTALES

CÓDIGO: 7.050

DESCRIPCION:

Medidas de prevención adoptadas para evitar caídas accidentales de los pacientes.

OBJETIVO:

- Evitar que el paciente se lesione.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería, enfermero/a

RECURSOS MATERIALES:

- Barandillas.
- Sujeciones.
- Vendas de algodón.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Valorar riesgos de caídas accidentales.
- Informar a familiares del procedimiento.
- Retirar de la habitación cualquier obstáculo que pueda ocasionar caídas. (sillas, cables, etc.).
- Colocar barandillas en la cama.
- Si es necesario colocar sujeciones, actuar según protocolo código 7.060.
- Valorar factores de riesgo y seguridad del paciente por turno.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar valoraciones de riesgo.
- Registrar medidas adoptadas.

SUJECIÓN DEL PACIENTE

CODIGO: 7.060

DESCRIPCION:

Aplicación de diversos aparatos de sujeción al paciente.

OBJETIVO:

- Conseguir limitar la movilidad del paciente para su seguridad y la de los demás

RECURSOS HUMANOS:

- Varias personas según las características del paciente.

RECURSOS MATERIALES:

- Barandillas.
- Sujeciones.
- Vendas de algodón y elásticas.
- Sábanas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Valorar la necesidad de sujeción.
- Explicar al paciente el procedimiento (en la medida de lo posible, según nivel de conciencia del paciente)
- No usar dicho procedimiento como actitud de castigo.
- Seleccionar aparato de sujeción según necesidades.
- Permitir, con la sujeción seleccionada, el máximo de movilidad posible.

TIPOS DE SUJECCIONES:

- Sujeción de muñeca o tobillo:
 - Se sujetará a la cama de manera que permita levantar o subir cabecera de la cama.
- Sujeción de tronco:
 - Se colocará en la parte baja de la espalda o abdomen.

OBSERVACIONES:

- Revisar las sujeciones cada 4 h., controlando el estado de la piel.
- Valorar por turno la necesidad o conveniencia de continuar con la sujeción.

REGISTROS:

- Registrar tipo y localización de la sujeción, así como hora en que se coloca y se revisa.

ALINEACION CORPORAL

CÓDIGO: 7.070

DESCRIPCION:

Movilización y cambios posturales del paciente encamado.

OBJETIVO:

- Movilizar al paciente en la cama, manteniendo la dinámica corporal correcta tanto del paciente como de la enfermera.
- Acomodar al paciente en posición anatómicamente correcta y confortable.
- Prevenir incapacidad y deformidad.
- Acomodar al paciente en posiciones especiales requeridas para examen y terapéutica.

RECURSOS HUMANOS:

- Serán necesarias 2 ó 3 personas según características del paciente
- Auxiliar de Enfermería, enfermero/a y celador.

RECURSOS MATERIALES:

- Cama.
- Manivela de la cama.
- Grúa para movilizar enfermos (siempre que sea posible).
- Sábana (para usar como entremetida).
- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Evaluar la necesidad de movilización del paciente encamado.
- Valorar capacidad del paciente para moverse sin ayuda.
- Planear la técnica de movilización.
- Colocar la cama en posición horizontal, si lo permite el estado del paciente. Mover al paciente de forma coordinada y uniforme.
- Colocar dispositivos de seguridad si fuera necesario (almohadas, barandillas etc.).

OBSERVACIONES:

- Evitar sacudidas bruscas.
- Si el paciente estuviera solo no olvidar dejar a mano el timbre.

REGISTROS:

- Registrar posición en que se deja al paciente y hora en que se realiza el cambio postural.

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL (DCHO/IZQDO)

CODIGO: 7.080

DESCRIPCION:

Colocar al paciente en decúbito lateral derecho o izquierdo.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar necesario.
- Evitar complicaciones.
- Cambios posturales.

RECURSOS HUMANOS:

- Al menos dos personas: Auxiliar de Enfermería, enfermera/o y/o celador si fuera necesario y según características del paciente.

RECURSOS MATERIALES:

- Entremetida
- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

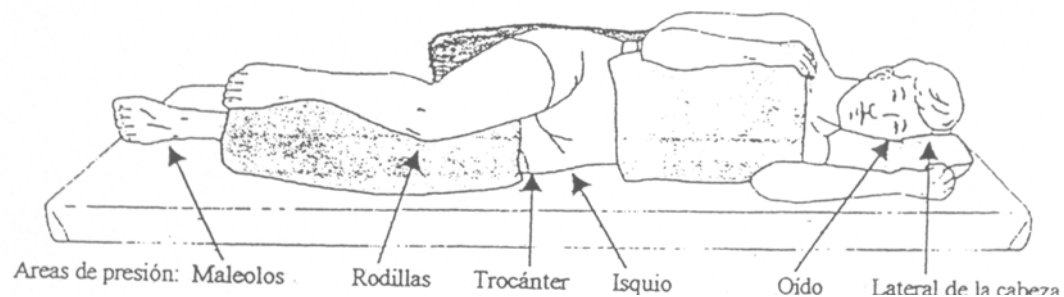
- Retirar las barandillas si las hubiera.
- Asegurar una buena mecánica corporal: colóquese tan cerca de la cama como sea posible, espalda recta y piernas ligeramente flexionadas.
- Coger firmemente la sábana colocada bajo el enfermo a modo de entremetida y tirar suavemente hacia nosotros.
- En caso de no existir sábana de tiro se deslizarán las manos con las palmas hacia arriba por debajo de los hombros del paciente y por debajo de las caderas.
- Una vez colocado el enfermo en decúbito lateral, se colocará una almohada longitudinalmente en la espalda del paciente desde el hombro hasta el coxis.
- Se colocará flexionada la rodilla derecha (decúbito lateral izquierdo) o la rodilla izquierda (decúbito lateral derecho).
- Colocar almohada entre ambas rodillas.
- Se procederá a poner barandilla si fuera necesario.

OBSERVACIONES:

- Proteger zonas prominentes: hombros, codos, cresta ilíaca, trocánter, rodillas y maléolos (si existen riesgos de lesión).

REGISTROS:

- Registrar hora en que se realiza el cambio postural y especificar si el paciente queda en decúbito lateral izquierdo o derecho.



POSICIÓN DECUBITO PRONO

CODIGO: 7.090

DESCRIPCION:

Colocar al paciente en decúbito prono (boca abajo).

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Una o dos personas: Auxiliar de enfermería, enfermero/a y/o celador según características del paciente.

RECURSOS MATERIALES

- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

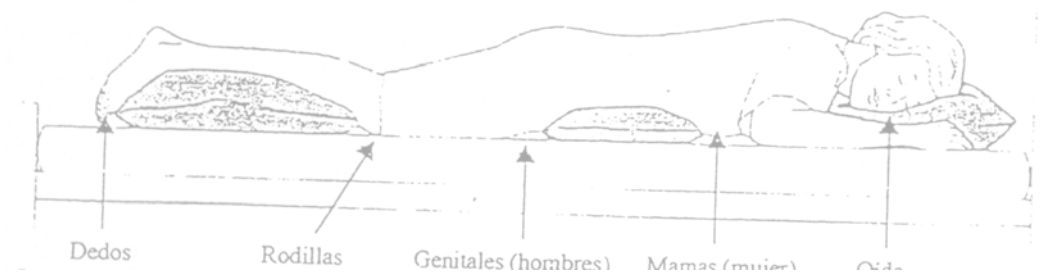
- Se debe partir de la posición de decúbito lateral.
- Nos colocamos a la espalda del paciente.
- Se retiran las barandillas si las hubiera.
- Con la ayuda de una sábana colocada a modo de entremetida acercamos al paciente al borde de la cama.
- Nos colocamos a continuación de cara al enfermo.
- El brazo que quede debajo se colocará extendido con la palma hacia arriba.
- Se flexionará la rodilla que queda arriba para facilitar el giro.
- La mano que queda arriba se colocará en el hombro contrario.
- Giramos al enfermo hacia nosotros, colocando la espalda recta y las piernas ligeramente flexionadas para mantener la dinámica corporal.
- Se colocará la cabeza en posición lateral, el brazo del lado hacia el que mira el enfermo se colocará flexionado y el brazo del lado contrario se mantendrá extendido.

OBSERVACIONES:

- **Precaución:** se protegerán dedos de los pies, rodillas, genitales (hombres), mamas (mujeres), mejillas y orejas.
- **Posición contraindicada en:** pacientes con trastornos respiratorios, cardíacos, cirugía abdominal reciente o contracturas severas de cadera.

REGISTROS:

- Registrar hora en que se realiza el cambio postural.



POSICION DE FOWLER

CODIGO: 7.100

DESCRIPCION:

Colocación del paciente en posición supina con la cabecera de la cama elevada a 45° ó 50°.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

Auxiliar de enfermería, enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

Almohadas.

Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCION:

Incorporar la cabecera de la cama hasta la posición de 45° ó 50°.
Colocar almohadas para comodidad del enfermo.

OBSERVACIONES:

Precaución en sacro, talones y codos.

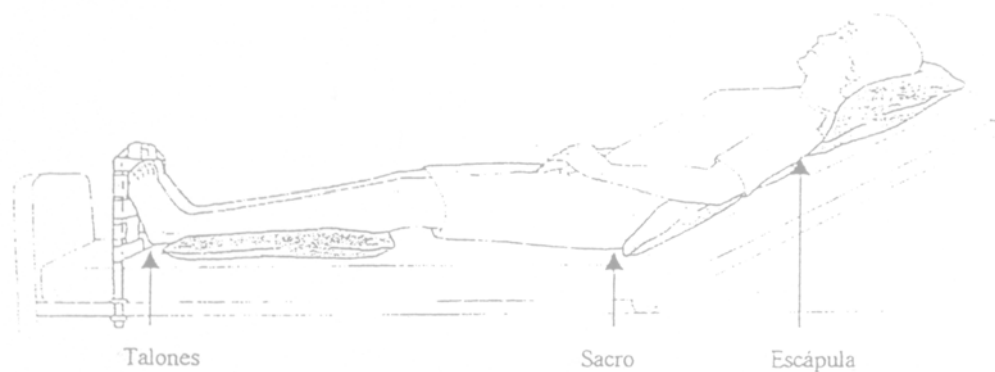
Colocar protección para prevenir decúbito.

Indicado en pacientes con alteración de las necesidades de intercambio.

Favorece la inspiración y la aplicación de fisioterapia respiratoria.

REGISTRO:

Registrar posición, hora y medidas de protección tomadas.



POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

CÓDIGO: 7.110

DESCRIPCION:

Colocación del enfermo en decúbito supino con los pies de la cama elevados.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Una sola persona: Auxiliar de enfermería, enfermero/a

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela de la cama
- Almohadas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Se elevará la zona de los pies de la cama que permanecerá elevada 45° con respecto al plano horizontal.

OBSERVACIONES:

- Proteger la cabeza.
- Vigilar estado de conciencia del enfermo.
- Valorar la posibilidad de que aparezcan vómitos.

REGISTRO:

- Registrar hora en la que se realiza el cambio postural.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

CÓDIGO: 7.120

DESCRIPCIÓN:

Medidas adoptadas para prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y con factores de riesgo.

OBJETIVO:

- Valoración de los riesgos que presente el paciente según la escala de Norton o de Braden.
- Evitar que el paciente encamado desarrolle úlceras por presión durante su periodo de hospitalización.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o
- Auxiliar de enfermería
- Celador si fuera necesario

RECURSOS MATERIALES:

- Colchón antiescaras preferentemente dinámicos.
- Almohadas
- Protectores codo/talón
- Ácidos grasos hiperoxigenados (@CORPITOL, @MEPENTOL)
- Guantes

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Elaborar un plan de cuidados individualizado según los resultados de la valoración realizada.
- Informar a los familiares y fomentar su participación.
- Mantener la hidratación de la piel.
- Proteger zonas de presión mediante almohadillado.
- Realizar cambios posturales cada 2-3h.
- Si la patología del paciente lo permite, realizar ejercicios pasivos para estimular la circulación sanguínea.
- Mantener las sábanas, salvacamas y pañales secos y sin arrugas
- Valorar en todo momento la comodidad del paciente y mantener su posición lo más fisiológica posible.
- Vigilar la integridad de la piel.
- Proporcionar dieta rica en proteínas, fibra, vitaminas y agua (si lo permite la prescripción médica).
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en todas las zonas de enrojecimiento y de riesgo, con un ligero masaje superficial con la palma de la mano.

- No masajear nunca en profundidad, sobre todo en zonas prominentes óseas (maléolos, trocánter, etc.).

OBSERVACIONES:

- Al realizar cambios posturales evitar:
 - Fuerzas de zizallamiento y de fricción.
 - Pie equino.
 - Cifosis lumbar.
 - Hiperflexión cervical.
 - Alteración del retorno venoso.
 - Pinzamientos de sonda.
- Ver también protocolo específico de la Unidad

REGISTROS:

- Registrar las medidas adoptadas, y en caso de cambios posturales, anotar hora en que se realiza y posición en la que se deja al paciente.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 8000

TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES

ADMINISTRACION DE MEDICACION INTRAMUSCULAR

CÓDIGO: 8.010

DESCRIPCION:

Consiste en administrar un medicamento a un paciente, por vía intramuscular, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

OBJETIVO:

- Introducir un medicamento por vía intramuscular por prescripción facultativa.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringas y agujas.
- Algodón.
- Alcohol de 70°.
- Batea desinfectada.
- Guantes.
- Contenedor.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Mire la dosis prescrita, en la hoja de medicación.
- Si el inyectable es un vial, desinfecte con alcohol el tapón de látex.
- Coloque la jeringa identificada y el algodón impregnado en alcohol, en la batea.
- Coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito lateral derecho o izquierdo, si se inyecta en el glúteo.
- Decúbito supino, si se inyecta en el muslo.
- Desinfecte la zona donde va a inyectar, con alcohol, dejándolo en contacto con la piel durante 30 segundos.
- Introduzca la aguja perpendicularmente a la piel, dando un golpe seco y rápido.
- Aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.

OBSERVACIONES:

- Revise la historia y pregunte al paciente si es alérgico a algún medicamento.
- Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).

REGISTROS:

- Firme en el registro de medicación.
- Registre su actividad.

ADMINISTRACION DE MEDICACION SUBCUTÁNEA

CÓDIGO: 8.020

DESCRIPCION:

Consiste en administrar un medicamento a un paciente, por vía subcutánea, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

OBJETIVO:

- Administración de medicamento.
- Preparación para exploración complementaria.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringas y agujas.
- Algodón.
- Alcohol de 70°.
- Batea desinfectada.
- Contenedor.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Desinfecte la zona de punción.
- Pinche rápido y firmemente en el tejido formando un ángulo de 45° aproximadamente.
- Aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.

OBSERVACIONES:

- Revise la historia y pregunte al paciente si es alérgico a algún medicamento.
- Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).

REGISTROS:

- Firme en el registro de medicación.
- Registre si existen anomalías.

ADMINISTRACION DE MEDICACION IV EN BOLO

CÓDIGO: 8.030

DESCRIPCION

Consiste en administrar un medicamento o similar a un paciente, por vía venosa periférica, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

OBJETIVO:

- Introducir un medicamento por vía intravenosa por prescripción facultativa.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringas y agujas I.V.
- Algodón.
- Alcohol de 70° y povidona yodada.
- Compresor.
- Medicación prescrita.
- Batea desinfectada con alcohol.
- Contenedor.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Compruebe la prescripción
- Mire la dosis prescrita en la hoja de tratamiento.
- Desinfecte el látex con alcohol de 70° , si su presentación es un vial.
- Introduzca el disolvente en el interior del vial.
- Compruebe la homogeneidad de la solución.
- Introduzca en el vial una cantidad de aire igual al volumen de la solución a extraer.
- Invierta el frasco y extraiga la solución, deseche la aguja.
- Identifique la jeringa.
- Inyecte la solución lentamente.
- Retire la jeringa y regule el goteo.
- Si la administración del fármaco precisa una mayor dilución o bien en perfusión continua, utilice el dosificador conectado en T al tramo distal del tubo de conexión.

OBSERVACIONES:

- Revise la historia y pregunte al paciente si es alérgico a algún medicamento. Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).
- Si el paciente presenta algún tipo de reacción anormal durante la administración **NO CONTINÚE**.

REGISTROS:

- Firme en el registro correspondiente.
- Anote las observaciones de enfermería, si existen anomalías.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

CÓDIGO: 8.040

DESCRIPCION:

Consiste en administrar un medicamento por vía oral

OBJETIVO:

- Administrar un medicamento por vía oral por prescripción facultativa

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería / enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Sobres de medicación.
- Vasos de medicación.
- Batea.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Una vez preparado el material y el paciente, proceder a administrar la medicación.
- Entregar la medicación al paciente y comprobar que se la toma, prestándole ayuda si lo precisa.
- En caso de alguna anomalía anotarlo en la hoja de observaciones de enfermería de la Historia Clínica del paciente: si no deglute bien, reacciones alérgicas, etc.
- Ante la posible omisión de esta tarea indicar su causa .

OBSERVACIONES:

- Asegúrese de que esté prescrito por el médico.
- Compruebe la dosis y el nombre del paciente.
- Verifique la hora de administración,
- Compruebe los antecedentes de alergias medicamentosas y efectos secundarios.
- Asegúrese de que la medicación, si va asociada a las comidas, se deba tomar antes, durante o después de las comidas.

REGISTROS:

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.